

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ И ВОЗМОЖНОСТЯХ УМЕНЬШЕНИЯ ЧИСЛА КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ
В КЛИНИКЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.И. Медведь, В.А. Данилко, М.Е. Кирильчук

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», Киев

Реферат

Проанализированы возможные пути снижения частоты оперативного родоразрешения в клинике ЭГП. Приведены клинические примеры успешного родоразрешения через естественные родовые пути пациенток с офтальмологической, кардиологической, пульмонологической, неврологической патологией в случаях, когда до поступления в клинику было рекомендовано кесарево сечение. Наиболее значительным резервом уменьшения количества операций кесарева сечения при экстрагениальных заболеваниях авторы считают отказ от необоснованного их назначения.

Ключевые слова: кесарево сечение, экстрагениальная патология.

Одним из наиболее стойких и живучих заблуждений в акушерстве является представление о том, что плановое кесарево сечение – наиболее щадящий способ родоразрешения при тяжелой экстрагениальной патологии. Между тем, справедливым (по крайней мере, на 90 %) является противоположное утверждение: экстрагениальная патология как таковая не определяет показания к абдоминальному родоразрешению.

Следует подчеркнуть, что если определение акушерских показаний к операции является исключительной прерогативой акушера-гинеколога, то экстрагениальные показания должны определяться терапевтом или профильным узким специалистом. И вот тут возникает проблема: этот самый узкий специалист, консультируя больную перед родами, принимает решение о способе родоразрешения чисто интуитивно, эмпирически, не глядя в современные акушерские руководства или нормативные документы, утвержденные Минздравом. Врачу кажется, что так будет безопаснее для больной, и других оснований он не ищет. Между тем, снижение частоты кесарева сечения в клинике экстрагениальных заболеваний – объективная необходимость. Анализ случаев материнской смертности от неакушерских причин в Украине показывает, что, во-первых, в большинстве из них врачи избирали именно абдоминальный способ родоразрешения, а во-вторых, более чем в половине случаев операция была совершенно не обоснованной. Однако, если не брать самые крайние, трагические случаи, и без них доводов в пользу родоразрешения через естественные родовые пути при экстрагениальной патологии более, чем достаточно.

- Кесарево сечение не предотвращает резких гемодинамических нарушений, которые могут стать причиной декомпенсации при тяжелой кардиологической патологии.
- Операция в 3-6 раз повышает риск венозного тромбоза, особенно у больных, склонных к этому осложнению.
- Абдоминальное родоразрешение в большей сте-

пени, чем роды через естественные родовые пути, способствует активации воспалительного процесса при ревматизме и системных заболеваниях соединительной ткани, декомпенсации сахарного диабета, обострению многих других экстрагениальных заболеваний.

- Кесарево сечение способствует генерализации инфекции при гнойно-воспалительных заболеваниях.
- Кровопотеря при оперативном родоразрешении в среднем в 2–2,5 раза больше, чем при естественных родах. Это приводит к более частому развитию анемии, других осложнений в послеродовом периоде у больных женщин.
- Риск общего наркоза при многих экстрагениальных заболеваниях высокий, а регионарная анестезия при некоторых из них противопоказана.
- Риск хирургических осложнений (ранение сосудов, мочеточников, кишечника, кровотечение, кишечная непроходимость) при некоторых экстрагениальных заболеваниях выше, чем у здоровых беременных.

Общеизвестны отдаленные негативные последствия кесарева сечения для женщины, а именно боль и дискомфорт в области рубца [10], риск вставания плаценты при последующих беременностях, высокая опасность массивного кровотечения, вплоть до потери матки [9].

Следует учитывать и влияние кесарева сечения на здоровье ребенка, которое также явно нельзя считать положительным [3, 5, 7, 11].

По этим причинам, а кроме того обеспокоившись «эпидемией кесарева сечения» в мире [13], ВОЗ в 2015 году призвал акушеров-гинекологов проводить эту операцию исключительно по строгим медицинским показаниям [14].

Очень важно, чтобы существовал единый перечень конкретных экстрагениальных показаний к операции кесарева сечения, и все врачи им руководствовались. Такой перечень в Украине есть, он утвержден приказом

Министерства здравоохранения №977 от 27.12.2011 г., растиражирован, постоянно находится в Интернете, в общем, вполне доступен каждому доктору. И тем не менее, частота абдоминального родоразрешения у нас в стране продолжает расти (*рисунок 1*, согласитесь, очень красноречивая динамика!), в том числе в клинике экстрагенитальной патологии беременных.

Каковы же резервы снижения частоты оперативного родоразрешения при экстрагенитальных заболеваниях? Наиболее значительным из них является, безусловно, отказ от необоснованных операций. Существенную положительную роль в этом может сыграть жесткое внедрение стандартов, основанных на данных доказательной медицины. Если в странах с высоким уровнем медицинской науки и здравоохранения женщины с миопией высокой степени рожают через естественные родовые пути, и у них не происходит отслойки сетчатки, а наблюдения за родильницами показывают, что зрение после родов у них не ухудшается ни на полдиоптрии, то у нас нужно поступать также. Рассуждения типа «В родах все может быть», «Лучше перестраховаться», «А если больная потеряет зрение?» не могут рассматриваться как показания к серьезной полостной операции. Точно также вмешательства по поводу патологии глаза (лазерные технологии, склеропластика, разнообразные микрохирургические операции) сами по себе не должны считаться показанием к кесареву сечению. Напротив, их выполняют для того, чтобы сделать совершенно безопасным естественное родоразрешение. Врачи же до сих пор нередко рассуждают прямо противоположным образом.

Длительное время в отечественной акушерской литературе бытовало мнение о том, что при коарктации аорты, независимо от хирургической коррекции этого порока, родоразрешение должно проводиться путем кесарева сечения. Это положение пересмотре-

но, и теперь, в том числе и благодаря нашим работам [2], можно считать доказанным, что после успешного хирургического лечения коарктации аорты при удовлетворительном отдаленном результате роды следует вести через естественные родовые пути.

На сегодняшний день накоплено достаточно фактических данных, свидетельствующих о том, что и при неоперированной коарктации аорты роды можно вести через естественные родовые пути [4,12,15-17]. С учетом этого опыта Европейское общество кардиологов [6] и Королевский колледж акушеров-гинекологов Великобритании [8] рекомендуют вагинальные роды с эпидуральной анестезией у больных с коарктацией аорты. В случаях высокого неконтролируемого артериального давления потужной период следует укоротить. Думается, что если две авторитетные профессиональные организации ответственно рекомендуют такой способ родоразрешения как предпочтительный, коллеги должны к ним прислушаться.

После устранения пороков сердца в оптимальные сроки во время беременности роды, наступившие через 12 недель и более, можно вести консервативно [1].

Вполне реально отказаться от абдоминального родоразрешения у женщин с травмами позвоночника в анамнезе и оперированных на позвоночнике. Среди ортопедов-травматологов нет единства мнений по этому вопросу, во многих акушерских руководствах такое показание традиционно фигурирует, а практика показывает, что в большинстве случаев больные вполне могут рожать через естественные родовые пути без ущерба для своего здоровья. Следует признать, что вопрос этот нуждается в серьезном анализе, и, вероятно, крупномасштабное ретроспективное исследование могло бы дать на него окончательный ответ.

Однако эту статью авторы хотят посвятить в большей мере не общим вопросам, а конкретным примерам,

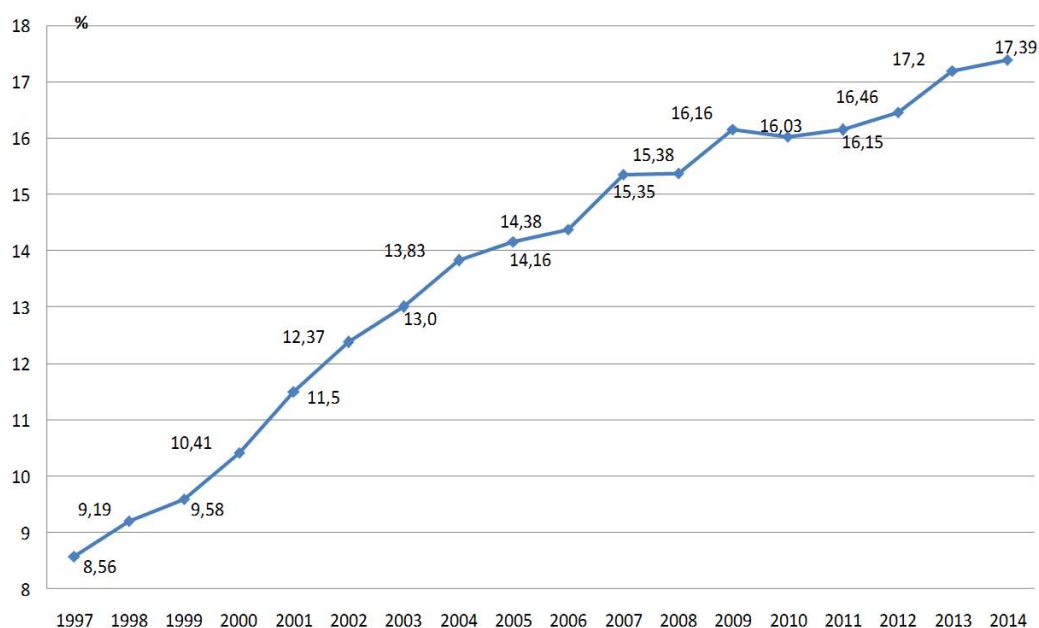


Рисунок 1. Частота абдоминального родоразрешения в Украине (1997–2014)

взятым из клинической практики. Во всех приведенных ниже случаях больным до госпитализации в клинику Института педиатрии, акушерства и гинекологии рекомендовали родоразрешение путем кесарева сечения, и во всех этих случаях женщины благополучно родили через естественные родовые пути. Быть может, эти примеры, за которыми – живые люди, их здоровье и судьбы, убедят вас, коллеги, больше, чем сухая статистика и теоретические доводы.

Больная Т., 31 года, поступила в клинику с доношенной беременностью и миопией обоих глаз высокой степени для планового кесарева сечения. Такой способ родоразрешения не вызывал никаких сомнений ни у самой больной, ни у врачей, наблюдавших ее в женской консультации, не только потому, что так рекомендовал окулист, но и потому, что 9 лет назад женщине уже было проведено кесарево сечение по офтальмологическим показаниям. В клинике больная была повторно проконсультирована окулистом, имеющим опыт наблюдения беременных и родильниц, и им, несмотря на высокую миопию (-7,0 D), рекомендовано ведение родов согласно акушерской ситуации. Учитывая головное предлежание плода, нормальные размеры таза и отсутствие данных несостоятельности и рубца на матке, решено было роды вести консервативно.

Роды произошли в срок, протекали благополучно, родилась девочка массой 3850 г, длиной 53 см с оценкой 8 баллов, через 5 минут – 9 баллов. 4-летнее наблюдение окулистов показало, что прогрессирования миопии, каких-либо осложнений со стороны глазного дна нет.

Больная Ж., 25 лет, поступила в клинику с диагнозом: Беременность 37 нед., головное предлежание, предстоящие I роды, осложненная катаракта обоих глаз, отслойка сетчатки и хирургическое лечение по этому поводу в 2000 году. Окулистом при плановом осмотре во время беременности было рекомендовано кесарево сечение в плановом порядке. Больная была нами направлена в Центр микрохирургии глаза, где обследована и проконсультирована заведующим отделением витрео-ретиальной хирургии. Дано заключение о возможности родоразрешения через естественные родовые пути. В сроке 38 недель произошли физиологические роды мальчиком массой 3250 г, длиной 55 см с оценкой 7–8 баллов. Ни в родах, ни в послеродовом периоде и в течение последующего года никаких осложнений со стороны органа зрения не произошло.

Подобных примеров можно привести огромное множество. В нашей клинике только за последние 5 лет после дополнительной консультации в Центре микрохирургии глаза МЗ Украины или других высококвалифицированных офтальмологических центрах удалось избежать более пяти десятков операций кесарева сечения по так называемым офтальмологическим показаниям. Но, к сожалению, это капля в море! Намного больше операций было за этот период проведено в Украине. Хотим напомнить, что в клиническом протоколе «Кесарево сечение», который мы уже упоминали, четко указано, что помимо геморрагической формы ретинопатии, другая

патология органа зрения не определяет показания к кесареву сечению.

Больная И., 24 лет, госпитализирована в клинику с диагнозом: Беременность 37–38 недель, головное предлежание, предстоящие I роды; детский церебральный паралич, правосторонний спастический гемипарез. При беременности в срок 27–28 недель была осмотрена невропатологом, рекомендовано плановое кесарево сечение. В клинике произошли срочные физиологические роды мальчиком массой 3650 г, длиной 53 см с оценкой 8–8 баллов. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Больная К., 27 лет, направлена в клинику в связи с рассеянным энцефаломиелитом при I беременности в срок 34–35 недель. В обменной карте имеется запись невропатолога о родоразрешении путем кесарева сечения. Роды произошли в срок, протекали нормально, в связи с угрозой разрыва промежности выполнена эпизиотомия, родился мальчик массой 3850 г, длиной 53 см с оценкой 7–8 баллов. Больная выписана под наблюдением невропатолога по месту жительства.

Больная К., 21 года, поступила в клинику с диагнозом: Беременность 37 недель, головное предлежание, предстоящие I роды; хронический арахноэнцефалит, мозжечково-стволовой синдром. Во время беременности дважды осмотрена невропатологом в поликлинике по месту жительства, рекомендовано родоразрешение путем кесарева сечения. Роды наступили на 40-й неделе беременности, прошли физиологично и закончились рождением девочки массой 3400 г, длиной 53 см с оценкой 8–8 баллов. Третий период родов протекал без особенностей. Больная выписана под наблюдение невропатолога.

Предыдущие три примера – из области неврологии. Мы также могли бы продлить этот ряд, приведя примеры благополучного консервативного родоразрешения больных с миастенией, опухолями мозга различной локализации, аденомой гипофиза, другими видами патологии ЦНС, а также больных после ишемического инсульта и перенесших разнообразные нейрохирургические вмешательства. Важно отметить, что общепринятой тактики ведения родов при многих видах неврологической патологии нет. Тем более не существует рандомизированных контролируемых (т.е. доказательных) исследований на этот счет. Те врачи, которые рекомендовали кесарево сечение, руководствовались лишь так называемыми «общими соображениями», т.к. брали показания к серьезной лапаротомической операции с потолка. К сожалению, такое положение очень трудно изменить. Не связанные непосредственно с акушерством специалисты, особенно представители хирургических специальностей, обычно полагают кесарево сечение наиболее безопасным во всех отношениях способом родоразрешения.

Исходя из этого представления, они рекомендуют кесарево сечение при многих заболеваниях, не имея никаких медицинских доводов против родоразрешения через естественные родовые пути. В действительности, логика должна быть противоположной: если не доказано, что при данной патологии необходим не-

естественный абдоминальный способ родоразрешения, женщина может рожать через естественные родовые пути. По нашим наблюдениям, неврологическая и нейрохирургическая патология составляют большой резерв снижения числа кесаревых сечений в клинике экстрагенитальной патологии беременных.

Беременная В.Я., 26 лет, поступила в клинику в I периоде 2-х родов. У роженицы было консультативное заключение, выданное в поликлинике Национального центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско АМН Украины», согласно которому у нее синдром соединительнотканной дисплазии сердца, гипермобильность митрального кольца. В этом же заключении было рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Роженица была в удовлетворительном состоянии, без признаков сердечной недостаточности, в связи с чем дежурным терапевтом по согласованию с руководителем клиники было принято решение о консервативном ведении родов. Роды протекали физиологично, произошли в течение 6 ч, родилась девочка, масса тела 3380 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

Следует отметить, что соединительнотканная дисплазия сердца встречается чрезвычайно часто. Каждому врачу, в том числе акушерам-гинекологам, известен наиболее частый вариант этого синдрома – пролапс митрального клапана. В подавляющем большинстве случаев эта патология существенно не нарушает ни внутрисердечную, ни системную гемодинамику и, соответственно, не влияет на метод родоразрешения.

Кардиологических примеров у нас больше, чем из любой другой области клинической медицины, однако мы ограничимся единственным вышеприведенным. Это связано с тем, что акушерская кардиология – наиболее развитый и наиболее разработанный раздел клиники экстрагенитальной патологии. Уже почти все акушеры-гинекологи знают, что кесарево сечение – отнюдь не самый щадящий способ родоразрешения женщин с разнообразной кардиологической патологией. Однако, к сожалению, этого до сих пор не хотят знать многие кардиологи, и особенно, кардиохирурги. Последние в силу своей профессии многократно убедились в высокой эффективности и даже радикальности хирургического метода лечения болезней сердца, и они часто переносят этот положительный опыт на роды. Но роды – это не болезнь, это физиологический процесс, и в подавляющем большинстве случаев именно роды через естественные родовые пути предпочтительны. Исключения составляют аневризма аорты или магистральных артерий и значительное снижение сократительной способности левого желудочка (фракция выброса менее 40 %). Кроме этих, чисто кардиологических показаний, нередко возникают так называемые сочетанные показания, когда акушерская ситуация не позволяет безопасно укоротить потужной период (что нередко бывает необходимо у тяжелых кардиологических больных) или родоразрешить беременную в короткие сроки (что также в ряде случаев требуется при болезнях сердца).

Беременная Н., 20 лет, поступила в клинику в срок 36 нед., беременность 1-я. Из анамнеза установлено, что в срок 18-19 нед. у беременной произошел правосторонний спонтанный пневмоторакс, в связи с чем она была экстренно госпитализирована в пульмонологическое отделение Черниговской областной больницы, наложен дренаж плевральной полости слева. При обследовании явная причина пневмоторакса не установлена. В удовлетворительном состоянии через 12 дней больную выписали, и в дальнейшем, вплоть до госпитализации в наше отделение, она чувствовала себя удовлетворительно, беременность протекала без осложнений. В отделении было проведено рентгенологическое исследование легких. Буллезных изменений, которые могли бы стать причиной повторного спонтанного пневмоторакса во время родов, не выявлено. Известно, что на месте состоявшегося пневмоторакса развиваются мощные соединительнотканые плекро-пульмональные сращения (плевральные шварты), поэтому повторный пневмоторакс в данном участке практически исключен. Было принято решение о консервативном ведении родов. Роды начались спонтанно в срок 38-39 нед., протекали физиологично, родился мальчик, масса тела 3240 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

Приведенные примеры в общем тривиальны: до поступления в клинику беременным безосновательно рекомендовали кесарево сечение по поводу имеющейся хронической экстрагенитальной патологии. В последнем случае болезнь проявилась остро во время беременности. Необходимо было очень тщательно взвесить степень риска аналогичного осложнения в родах. Исход этого случая в очередной раз подтверждает простую истину: предусмотренный природой способ родов – наилучший. Те, кто долго работают в клинике экстрагенитальной патологии, знают, что случаи материнской смерти крайне редко бывают во время родов, происходят они чаще всего в послеродовом периоде, реже – во время беременности.

Мы привели восемь примеров успешного родоразрешения через естественные родовые пути женщин с различными видами экстрагенитальной патологии. Эти случаи – уже история, они неоспоримые факты. Если у Вас, коллеги, хватило терпения дочитать статью до конца, быть может, они Вас убедили. Именно на это мы надеялись, когда писали ее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – Киев: Авицена, 2007. – 168 с.
2. Медведь В.И. Основа акушерской кардиологии // Жіночий лікар. – 2009. – №6. – С. 20-26.
3. Biasucci G., Rubini M., Riboni S. et al. Mode of delivery affects the bacterial community in the newborn gut // Early. Hum. Dev. 2010. Vol. 86 (1). P. 13-15. [PMID: 20133091].
4. Dessole S. Pregnancy and delivery in young woman affected by isthmio-coarctation of the aorta / S. Dessole, D. D'Antona, G. Ambrosini // Achieves of Gynecology and Obstetrics. – 2000. – Vol. 263.

5. Dominguez-Bello M.G., Costello E.K., Contreras M. et al. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 2010. Vol. 107 (26). P. 11971–11975. [PMID: 20566857].
6. ESC Guidelines 2011 on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology.
7. Hansen A.K., Wisborg K., Uldbjerg N. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study // *BMJ*. 2008. Vol. 336. P. 85-87. [PMID: 18077440].
8. Heart disease and pregnancy. Philip J Steer, Michael A Gatzoulis and Philip Baker ed. s London: RCOG Press, 2006 Consensus views.
9. Molinaro. T.A., Barnhart K.T. Ectopic Pregnancies in Unusual Locations // *Semin. Reprod. Med.* 2007. Vol. 25 (2). P. 123-130. [PMID: 17377899].
10. Niklasson B., Georgsson Ohman S., Segerdahl M., Blanck A. Risk factors for persistent pain and its influence on maternal wellbeing after cesarean section // *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 2015. Vol. 94 (6). P. 622-628. [PMID: 25714852].
11. Okada H., Kuhn C., Feillet H. et al. The 'hygiene hypothesis' for autoimmune and allergic diseases: an update // *Clin. Exp. Immunol.* 2010. Vol. 160 (1). P. 1-9. [PMID: 20415844].
12. Singh B. M. Vaginal delivery in a woman with uncorrected coarctation of aorta / B. M. Singh, A. Kriplani // *Journal of Obstetrics and Gynecology Research*. – 2004. – N 30(1). – P. 24-26.
13. Vogel P., Betran A.P., Vindevoghel N. et-al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys // *Lancet. Glob. Health*. 2015. Vol. 3 (5). P. e260–e270. [PMID: 25866355].
14. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: WHO, 2015. 8 p.
15. Yentis S. Pregnancy and Coarctation of the Aorta / S. Yentis, M. Gatzoulis, P. Steer // *JRSM*. – 2003, – № 96, – P. 471.
16. Zeira M. Pregnancy and delivery in women with coarctation of aorta / M. Zeira, S. Zohar // *Harefuah*. – 1993. – N124. – P. 756-758.
17. Zwiers W. J. Successful vaginal delivery for a parturient with complete aortic coarctation / W. J. Zwiers, T. M. Blodgett // *Journal of clinical anesthesia*. – 2006. – N 18(4). – P. 300-303.

ON THE POSSIBILITIES OF REDUCING THE NUMBER OF CAESAREAN SECTIONS IN THE CLINIC OF EXTRAGENITAL PATHOLOGY

V.I. Medved, V.A. Danilko, M.E. Kirilchyuk

State Institution "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine", Kyiv

Abstract

The possible ways of reducing the incidence of operative delivery in the clinic of EGP are analysed. Clinical examples of successful vaginal delivery in patients with ophthalmic, cardiological, pulmonological, neurological disorders where before entering the clinic was recommended Caesarean section were given. The authors consider that the most significant reserve to reduce the number of Caesarean sections in case of extragenital diseases is the refusal of their unjustified appointment.

Key words: Caesarean section, extragenital pathology.